2

Ein Fall von Carcinoma penis.

Beitrag zur

Casuistik der Geschwülste.

Inaugural-Dissertation

verfasst und der

Hohen medizinischen Facultät

der

Kgl. Julius-Maximilians-Universität zu Würzburg

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe

vorgelegt von

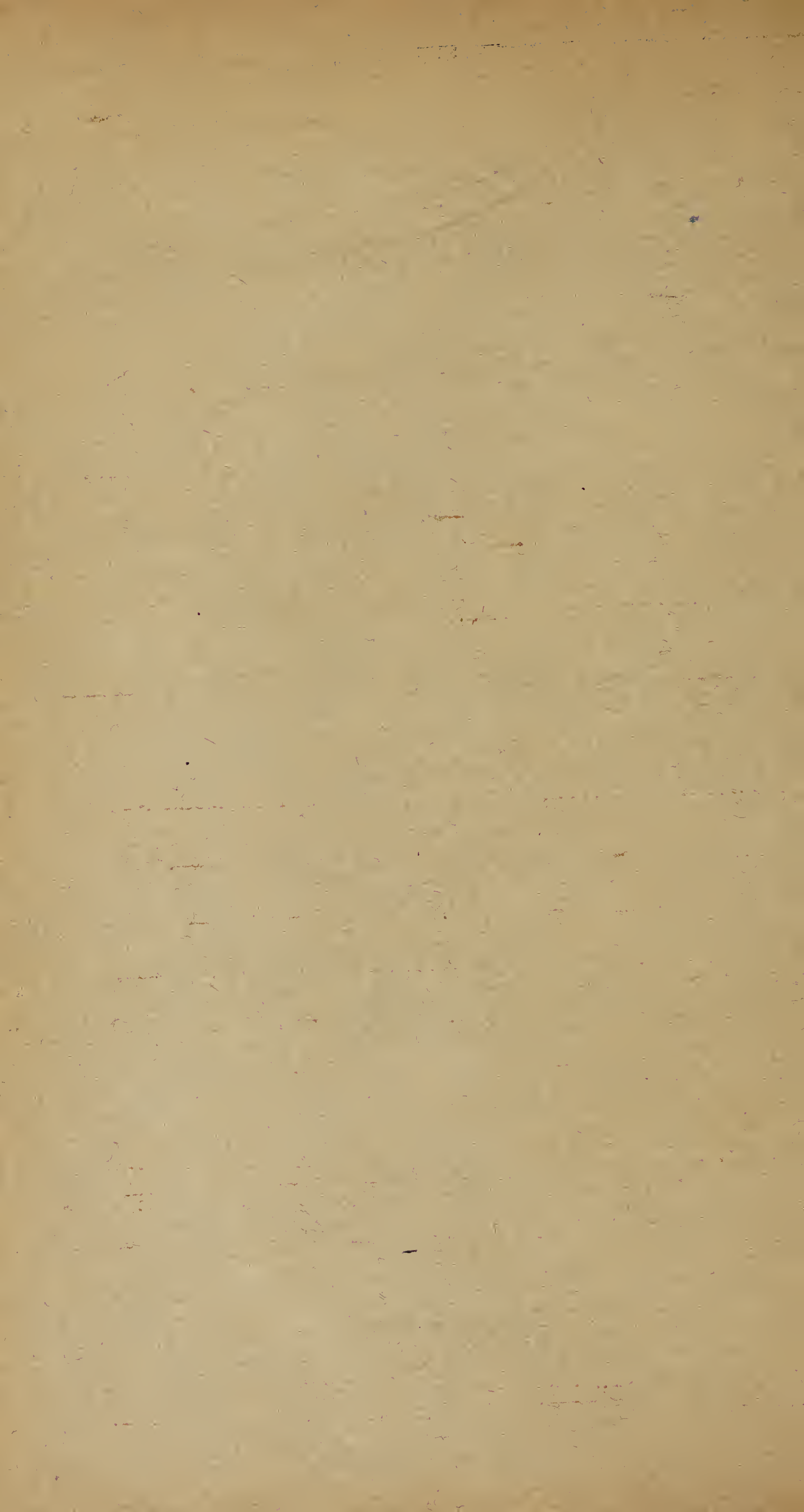
Heinrich Jäger

aus

Hirschberg, Reuss j. L.

München 1888.

Druck von M. Ernst (vorm. G. Pollner).



Ein Fall von Carcinoma penis.

Beitrag zur

Casuistik der Geschwülste.

Inaugural-Dissertation

verfasst und der

Hohen medizinischen Facultät

der

Kgl. Julius-Maximilians-Universität zu Würzburg

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe

vorgelegt von

Heinrich Jäger

aus

Hirschberg, Reuss j. L.

München 1888.

Druck von M. Ernst (vorm. G. Pollner).



Referent:

Herr Hofrat Professor Dr. Schönborn.



Die Frage, welche Ursachen der Geschwulstbildung zu Grunde liegen, beschäftigt bereits seit langer Zeit viele hervorragende Forscher. Eine befriedigende Lösung derselben ist jedoch noch keineswegs gefunden.

Die älteste, mit humoral-pathologischen Anschauungen zusammenhängende Auffassung, nach welcher die Krebsentwicklung stets das Produkt einer Allgemeinerkrankung, der sogenannten Krebsdiathese war, wird vor allem noch von Billroth vertreten. Dieser Forscher (s. Billroth, allgem. Path. und Ther.) hält daran fest, dass es ebensowohl eine allgemeine specifische Diathese für Geschwulstbildung gibt, wie z. B. eine Disposition zu chronischen Entzündungen, dass also die Grundursache für die lokalen Bedingungen der Geschwulstbildung in specifischen Eigenschaften des gesammten individuellen Organismus zu suchen ist.

Andere, insbesondere Virchow, setzen an die Stelle der allgemeinen Geschwulstdyskrasie eine örtliche Disposition, welche entweder in einer hereditär übertragenen oder später erworbenen

Herabsetzung der physiologischen Tüchtigkeit gewisser Gewebsbezirke besteht und zur Folge haben kann, dass diese Gewebe bei nicht näher festzustellenden äusseren Einwirkungen nicht wieder in vollkommen ordnungsmässiger Weise ihre Störungen ausgleichen, ihren Zustand regulieren können.

In neuester Zeit wurde von Cohnheim (Vorlesungen über allgem. Pathologie), versucht die Entstehung der Geschwülste, insbesondere der Carcinome, auf eine Störung in den ersten Keimanlagen des Embryo zurückzuführen. Nach seiner Annahme können in einem frühen Stadium der embryonalen Entwicklung mehr Zellen producirt werden, als für den Aufbau des betreffenden Theiles nöthig sind, und aus diesem überschüssigen, abgeschlossenen Zellenmaterial, welches wegen der embryonalen Natur seiner Zellen von grosser Vermehrungsfähigkeit sein muss, kann sich späterhin eine atypisch wachsende Neubildung entwickeln.

Es unterliegt keinem Zweifel, dass mit der Annahme dieser Ansicht die Schwierigkeiten fallen, welche bisher für die Erklärung vieler Geschwulstformen, vor allem solcher bestanden, die congenital oder an Orten entstanden waren, welche in normalem Zustande das betreffende Gewebe nicht finden liessen.

Für eine andere, grössere Zahl sind wir aber doch noch genötigt auf eine der früheren Hypothesen,

insbesondere auf diejenige Virchows zurückzugreifen.

Diese Ansicht vertritt neben anderen vor allem auch C. Thiersch, der in seinen classischen Untersuchungen über Epithelkrebs (Leipzig 1865) sich gleichzeitig sowohl über die Bedingungen für die Entstehung einer lokalen Disposition, als auch über deren Wesen des näheren auslässt.

Was den ersteren Punkt anlangt, so weist dieser Forscher zunächst auf die Veränderungen hin, welche schon das zunehmende Lebensalter in den histologischen Elementen der Haut hervorrufen kann, und die im wesentlichen in einer starken Wucherung der epithelialen Partien bei gleichzeitiger Schrumpfung des Stromas bestehen.

Sind aber hierdurch, das heisst durch die Störung in dem Verhältnisse zwischen Bindegewebe und Epithel, die Bedingungen für eine entstehende epitheliale Neubildung gegeben, so werden wir eine solche auch überall da erwarten dürfen, wo eine Unregelmässigkeit in der Verteilung beider Gewebe im Voraus besteht oder sich entwickelt. Zum Voraus existirt eine solche in jeder Narbe und in jeder Warze, erzeugt kann sie werden durch die verschiedensten, längere Zeit einwirkenden mechanischen, chemischen oder entzündlichen Irritationen.

Einen Beleg für diese Ansicht bietet das

Auftreten von Sarkomen oder Carcinomen in Narben der äusseren Haut und der Schleimhäute. Mechanische und chemische Reize sind es, die das häufige Vorkommen von Lippenkrebs bei Rauchern, von Skrotalkrebs bei gewissen Arbeiterklassen bedingen.

Weiterhin zeigen chronische entzündliche Affectionen eine gewisse Neigung zu degenerativem Wachstum. Hierher gehört ebensowohl das Vorkommen von krebsigen Neubildungen auf lange bestehenden syphilitischen oder lupösen Infiltrationen, als auch die Umwandlung frischerer, chronischer entzündlicher oder hyperplastischer Prozesse in atypisch wachsende Geschwülste.

Ein besonders interessanter Fall letzterer Art, bei dem es sich um die Entwicklung eines Epithelialkrebses auf dem Boden eines primären luetischen Geschwüres handelte, wurde auf der chirurgischen Abtheilung des Juliusspitales zu Würzburg im vergangenen Sommer beobachtet. Die mir gütigst von Herrn Hofrat Professor Dr. Schönborn zur Veröffentlichung überlassene Krankengeschichte ergiebt folgendes.

Patient H. M., Gemeindediener, 57 Jahre alt.

Anamnese: Patient giebt an, dass sein Vater im 77., seine Mutter im 72. Lebensjahre unbekannten Krankheiten erlegen sind. Drei Geschwister leben und sind gesund, ein Bruder ist

an Phthisis pulmonum gestorben. Patient selbst will immer gesund gewesen sein.

Im Oktober vergangenen Jahres bemerkte er das Auftreten einer langsam zunehmenden Anschwellung in der Mitte der linken Inguinalgegend. Als dieselbe ungefähr die Grösse eines Hühnereies erreicht hatte, begann die bis dahin unveränderte Haut über dem Tumor sich zu röten. Die dagegen jetzt angewandten Salben und warmen Umschläge hatten ein rasches Wachstum und Aufbrechen der Geschwulst zur Folge, gleichzeitig stellten sich stärkere Schmerzen beim Gehen und ein schneller Verfall der Kräfte ein, so dass Patient endlich genötigt wurde, ärztliche Hilfe im Juliusspitale zu suchen. Mitte März 1888. Eine luetische Infection wird bestimmt in Abrede gestellt.

Status praesens. Patient, ein grosser, hagerer, anämischer Mensch, leidet an einer ziemlich hochgradigen Phimose. An der rechten corona glandis ist eine haselnussgrosse, sehr derbe Geschwulst zu fühlen, die sich selbst nach Ausspritzungen nicht verschieben lässt. Die Haut des Stammes und der Extremitäten ist mit einem maculo-papulösen Syphilid bedeckt. Kopf und Hals frei. Ad anum finden sich kleine condylomata lata. Die Leistendrüsen der rechten Seite sind indolent geschwollen. Der Rachen ist frei.

In der linken Leistengegend findet sich ein

4 cm hoher und breiter, pilzförmiger Tumor. Derselbe ist auf der Unterfläche nicht verschieblich, die Oberfläche ist eitrig zerfallen und stark secernirend. Die Ränder sind etwas überragend, von derber Consistenz. Die Mitte ist kraterförmig zerfallen. Benachbarte Leistendrüsen leicht indolent geschwollen. Leber frei, per rectum nichts besonderes zu fühlen. Kein Oedem des Beines; Lungen und Herz normal, Allgemeinbefinden bis auf die lancinirenden Schmerzen im Tumor gut. Stuhl- und Urinentleerung normal. Urin ohne Eiweiss und Zucker.

Am 18. März wurde an dem Patienten die Phimosenoperation nach W. Roser gemacht und hierbei ein $1^1/_2$ cm langes, $^3/_4$ cm breites Geschwür an der rechten corona glandis und der Uebergangsfalte des Präputiums entdeckt, das zur Ueberimpfung von 2 linsengrossen, ulcerirten Knötchen auf die entsprechende Stelle der glans geführt hatte. Die Umgebung des ulcus war etwas verdickt und von knorpeliger Consistenz.

Der Tumor in der Leistengegend wuchs während des Spitalaufenthaltes beträchtlich, so dass er Anfangs April die doppelte Grösse erreicht hatte. Metastasenbildung konnte nicht nachgewiesen werden, ebenso ergab die Palpation per rectum ein negatives Resultat.

Das cutane Syphilid war nach Gebrauch von

4 Gläsern Jodkalilösung stark abgeblasst. Die Schwellung der Leistendrüsen zurückgegangen.

Am 15. IV. 87 wurde die Exstirpation des Tumors vorgenommen. Hierzu war die Unterbindung der Vena saphena und der Vena femoralis nötig; mit der Art. femoralis war die Geschwulst nicht verwachsen. Nach spindelförmiger Umschneidung des Tumors zeigten sich Adhäsionen mit dem ligamentum Poupartii, mit der fascia lata und mit der lateralen linken Samenstrangseite, welche gänzlich blos gelegt werden musste. Die Muskulatur konnte geschont werden; der obere und untere Wundrand wurden durch Nähte vereinigt.

Die mikroskopische Untersuchung ergab ein gross-alveoläres Carcinom mit wenig Stroma. Die vor der Operation gefertigten Präparate zeigten ziemlich grosse Plattenepithelien.

Der Operation folgten keine Zirkulationsstörungen, die Wunde secernirte im Anfang sehr reichlich, reinigte sich aber in den folgenden Tagen und begann gut zu granulieren. Die Nähte wurden nach 8 Tagen entfernt. Das Allgemeinbefinden liess zu wünschen übrig. Der Appetit war gering. Mit dem Jodkali musste nach der Operation ausgesetzt werden. Eine Schmierkur konnte ebenfalls nicht eingeleitet werden. Der Stuhl war angehalten, Zunge belegt. Erbrechen nicht vorhanden.

Der weitere Verlauf war ein günstiger insofern, als sich kein Recidiv in loco, oder regionär Metastasen zeigten. Das Allgemeinbefinden hob sich, der Appetit nahm zu. Das Geschwür am Penis zeigte jedoch keine Heilungstendenz, es verbreitete sich vielmehr sehr langsam in die Umgebung, welche sich derb infiltrirt, fast knorpelhart anfühlte. Das eine der Abimpfungsgeschwüre heilte, das central gelegene, das nach der Eichelspitze zu befindliche dagegen confluirte allmählich mit dem Hauptgeschwür. Behandelt wurden die Geschwüre im Anfang mit Jodoform, dann mit feuchten Sublimatkompressen, endlich mit Unnaschem Quecksilbermull ohne wesentlichen Erfolg. Eine starke Epidermisabschuppung der Eichel war stets zu konstatiren. Fast täglich liess sich die eingetrocknete Borke als trockener Belag von der Eichel abziehen.

Ein Wiederanschwellen der Leistendrüsen war nicht nachzuweisen, überhaupt zeigten sämtliche luetischen Symptome eine Rückbildung, mit Ausnahme des Geschwüres am Penis, welches sich stetig, wenn auch nur mit geringer Energie, ausbreitete und so den Verdacht erwecken musste, dass eine Umwandlung in eine bösartige Neubildung vorliegen könne.

Es wurde daher am 27. Mai die Abtragung

der verdächtigen Partien im Gesunden mit Hilfe der galvanocaustischen Schlinge vorgenommen.

Die Operationswunde bedeckte sich bald mit gesunden Granulationen; ein lokales Recidiv ist bis jetzt nicht zu konstatieren.

Die Granulationsfläche, vom exstirpirten Carcinom herrührend, zeigte seit Anfang Mai nur mässige Neigung sich zu verkleinern. Im Juni liess sich bereits ein örtliches Recidiv nachweisen, welches sich in der linken Inguinalgegend und längs des Samenstranges bis zur Skrotalwurzel ausbreitete und zur Abstossung jauchiger Massen führte.

Ich lasse hier das Ergebnis der Untersuchung des amputierten Penisgewebes folgen und bemerke in Bezug auf die Technik, dass das betreffende Stück in Müller'scher Flüssigkeit und Alkohol erhärtet und sodann, in Chloroformparaffin eingebettet, zu Schnitten verarbeitet wurde. Die Präparate wurden teils mit Alauncarmin, teils mit Eosin und Gentianaviolett, oder mit einer dünnen Carminlösung und Hämatoxilin gefärbt.

Der mikroskopische Befund ist folgender:

An den Stellen, welche makroskopisch sich durch eine tiefere Färbung von den umliegenden Geweben abheben, finden sich in gefässhaltiges Stroma eingebettet, epitheliale Zellenmassen, welche bald netzartige Stränge bilden, bald sich zu grösse-

ren, vielgestaltigen Haufen ordnen. Innerhalb dieser letzteren bemerkt man häufig eine, wenn auch nicht immer sehr deutlich ausgesprochene, konzentrische Schichtung. Der Zusammenhang dieser Zellenmassen mit dem Rete Malpighii ist an vielen Stellen deutlich zu erkennen. Die Zellen selbst, von der Grösse und Färbung der Malpighischen Schicht, sind polymorph, meist von rundlicher oder polygonaler Gestalt mit deutlichen Kernen. Das Stroma ist in reichlichem Masse vorhanden und zeigt eine sehr starke kleinzellige Infiltration.

Das Deckepithel über diesen Partieen ist durch Ulceration zerstört und nirgends mehr in seiner typischen Anordnung vorhanden. Die Oberfläche wird gebildet von den eben geschilderten Zellenmassen, in welche massenhaft Rundzellen, oft zu Haufen angeordnet, eingesprengt sind. Ausserdem finden sich in diesen Partieen viele mit Blutkörperchen ausgefüllte Gefässschnitte.

Betrachtet man sodann die in der nächsten Nachbarschaft der krebsig entarteten Stellen liegenden Partieen, so bemerkt man zunächst, dass das Deckepithel sich mehr und mehr dem normalen Typus nähert. Die oberflächlichsten Schichten fehlen noch teilweise, das Rete dagegen tritt deutlich hervor. Die Zellenschicht desselben ist verdickt. Die Zapfen, welche bald von keulenförmiger

Gestalt sind, bald sich gablig teilen, sind verbreitert und verlängert. Dem entprechend erscheinen die Hautpapillen vergrössert, bald lang und schmal, bald breit und abgerundet.

Das darunterliegende Bindegewebe zeigt eine starke kleinzellige Infiltration. Diese ist am deutlichsten ausgesprochen im Verlaufe der sehr zahlreichen, stark entwickelten, senkrecht zu den Hautpapillen aufsteigenden Gefässe. Mit diesen breitet sich das Infiltrat in den Papillen aus. An vielen Stellen durchbrechen die Leukocyten die Schleimschicht und liegen in den Intercellularräumen der Epidermiszellen.

Das tieferliegende, sowohl dem Geschwürsrande als auch dem Geschwürsgrunde entsprechende Cutisgewebe lässt ebenfalls eine reichliche Infiltration mit Rundzellen erkennen. Diese verbreiten sich teils diffus in dem gewucherten Bindegewebe, teils finden sie sich, und zwar meist in der Nähe eines Gefässes, zu runden oder langgestreckten Heerden angehäuft.

Weiterhin zeigt das Corium eine überall hervortretende starke Vermehrung der Blutgefässe mit gleichzeitig bestehender Veränderung in den Wandungen derselben. Die letztere Erscheinung beruht auf einer Verdickung sämtlicher Schichten, hervorgerufen teils durch Hypertrophie ihrer Elemente, teils durch Einlagerung zahlreicher Rund-

zellen. Die Infiltration findet sich besonders ausgesprochen in der Adventitia und Muskularis.

Die gewucherte Jntima zeigt ein streifiges Aussehen, die mit deutlichen Kernen versehenen Zellen springen unregelmässig gegen das Lumen vor und verengen dieses. Die Lymphgefässe sind erweitert.

Fasst man die Einzelheiten des mikroskopischen Befundes zusammen, so ist hierdurch zunächst das Vorhandensein eines sich entwickelten Epithelkrebses erwiesen.

Entstand dieser nun auf dem Boden einer syphilitischen Initialaffektion, oder ist er als primärer Krebs des Penis anzusehen? Die histologischen Verhältnisse sprechen für die erstere Annahme.

Es zeigte sich zunächst, das die carcinomatöse Entartung nur einen kleinen Teil der ganzen makroskopisch wahrzunehmenden Geschwürsfläche einnahm und nur in ganz geringe Tiefe vorgedrungen war.

Fernerhin fanden wir noch in ziemlicher Entfernung von den krebsigen Partien eine starke Rundzelleninfiltration, welche sich teils in dem starkgewucherten Bindegewebe verbreitete, teils in der Epidermis, vor allem in der Malpighischen Schicht, und in den Gefässwandungen anzutreffen war.

An der sich scharf absetzenden Grenze des Carcinoms erschienen neben Rundzellenhaufen gewaltig verbreiterte und verlängerte Zapfen der Malpighischen Schicht, ohne jedoch eine Atypie in ihrem Aufbau aufzuweisen.

Die reichlich entwickelten Blutgefässe zeigten verdickte, infiltrirte Wandungen und unregelmässig verengtes Lumen — ein Ergebnis, welches dem histologischen Befund einer Initialsklerose völlig entspricht. Nun werden zwar durch den Wachstumsreiz eines sich entwickelnden Carcinoms bisweilen in den Geweben der Umgebung Veränderungen obengeschildeter Art hervorgerufen, in dem vorliegenden Falle aber muss hiergegen und zu Gunsten der ersteren Annahme das Missverhältnis zwischen der Ausbreitung der carcinomatösen Bezirke und der durch zellige Infiltration und Gefässveränderung ausgezeichneten Partieen geltend gemacht werden.

Weiterhin ist der Verlauf der Erkrankung zu berücksichtigen.

Als Patient aufgenommen wurde, wiess das vorhandene makulo-papulöse Syphilid der Haut, die breiten Papeln am Anus, die indolente Lymphdrüsenschwellung unzweifelhaft auf eine stattgehabte, jetzt bereits in das sogenannte sekundäre Stadium getretene luetische Infektion hin, und das nach der Phimosenoperation sichtbar gewordene

Geschwür an der Uebergangsfalte des Präputiums bezeichnete die Stelle, an der das syphilitische Gift in den Körper eingedrungen war.

Für die syphilitische Natur dieser ersten Affektion spricht ferner das Vorkommen zweier kleiner Abimpfungsschanker auf der glans penis, von welchen der zentralgelegene zur Abheilung kam, während der periphere allmählich mit dem Hauptgeschwür verschmolz, und vor allem eine, seinerzeit sicher konstatierte indolente Anschwellung der entsprechenden, nämlich rechtsseitigen Leistendrüsen.

Durch innerlichen Gebrauch von Jodkali ging diese Induration zurück; gleichzeitig wurde auch das Abblassen des Hautsyphilides beobachtet.

Aus diesen Gründen scheint es mir daher gerechtfertigt, die oben angeregte Frage dahin zu beantworten, dass es sich im vorliegenden Falle zunächst um eine syphilitische Primäraffektion handelte, welche sodann den Boden für die Entwicklung eines Hautkrebses abgegeben hat.

Welche Momente aber den Anstoss zu dieser Umwandlung gaben, entzieht sich völlig unsrer Betrachtung; nicht unerwähnt darf jedoch bleiben, dass hierbei wohl die mechanischen und chemischen Irritationen, denen das ulcus durum in folge

der bestehenden Phimose ausgesetzt war, eine belangreiche Rolle gespielt haben können.

Weiterhin dürfte der vorliegende Fall zu der Frage Anlass geben: steht die allgemeine luetische Infektion in einem ursächlichen Zusammenhang mit der lokalen Geschwulstbildung, oder sind die bei Syphilitischen beobachteten Krebse nur als gewöhnliche Complikationen hinzunehmen?

Zur Zeit sind wir allerdings nicht in der Lage, eine bestimmte Antwort geben zu können, da uns noch jede Einsicht in das Verhältnis der Neubildungen zur Syphilis fehlt.

Immerhin ist bemerkenswert, dass einmal in vielen Fällen das gleichzeitige Vorkommen von Carcinom und Syphilis sicher constatiert worden ist, und dass es andererseits auch nicht an Autoren fehlt, welche der luetischen Allgemeinerkrankung einen gewissen Einfluss auf das Zustandekommen von Geschwülsten eingeräumt haben.

Dieffenbach (oper. Chir. Bd. II) empfiehlt wiederholt vor oder nach der Exstirpation von Krebsgeschwülsten die Kranken energisch innere Kuren (Zittmann's Dekokt, Jod) gebrauchen zu lassen und will davon in manchen Fällen grossen Nutzen gesehen haben.

Maurizio Tarchetti (Schmidt's Jahrb. Bd. 183) nimmt für die Entstehung des Magenkrebses ausser einer allgemeinen konstitutionellen

Anlage, namentlich Alkoholismus, schlechte Lebensweise, gemütliche Affekte und Syphilis in Anspruch. In 30 Jahren hat derselbe 22 Fälle von Magenkrebs beobachtet, welche sich auf 14 Männer und 8 Frauen verteilten. Bei allen Männern war Syphilis nachgewiesen worden, welche nie spezifisch behandelt worden war.

Esmarch, (Aphorismen über Krebs, Langenb. Archiv Bd. 22) giebt an der Hand einiger klinischen Beobachtungen an, dass er in mehreren Fällen den Zusammenhang zwischen ererbter oder erworbener Syphilis mit bösartigen Neubildungen nachzuweisen im Stande war.

Ein noch höheres Interesse bieten diejenigen Fälle, bei welchen, wie in dem oben beschriebenen, krebsige Entartung an Stellen zur Entwicklung gelangte, welche vorher Sitz einer luetischen Affektion gewesen waren.

Einen dem vorerwähnten analogen Fall, nämlich die Entstehung eines Carcinoms auf dem Boden einer syphilitischen Primäraffektion, habe ich in der neueren Literatur nicht auffinden können. Zu erwähnen sind jedoch die Angaben zweier älteren Beobachter. Rayer macht in seinem Werke über Hautkrankheiten (Bd. III S. 29 u. f.) auf die Unterschiede zwischen einem carcinomatös entarteten luetischen Geschwür und dem primären Krebs des Penis besonders aufmerksam und führt

einen Fall von Krebs der Vorhaut mit Anschwellung der lymphatischen Drüsen der Weichengegend an, welcher nach einem Geschwür an der Eichel entstanden war, „das man für ein syphilitisches halten musste und dementsprechend behandelt hatte."

Ferner teilt er eine Beobachtung von Lagneau mit:

H. litt seit einiger Zeit an einem oberflächlichen Schanker, welcher örtlich erweichenden Mitteln widerstanden hatte. Es wurden sodann Quecksilbereinreibungen und Aetzungen angewandt. Seit dieser Zeit nahm das Geschwür einen bösartigen Charakter an, griff um sich und erstreckte sich fast über die ganze Eichel, deren Umfang ausserordentlich zugenommen hatte. Eine stinkende Jauche floss aus. Die Ränder des Geschwürs waren umgebogen. Es entwickelte sich später eine harte, schmerzlose Geschwulst an der Wurzel der Ruthe und im Verlauf des Samenstranges, wodurch eine Amputation unmöglich gemacht wurde.

Für die Umbildung späterer syphilitischer Produkte, der Gummaknoten, in Carcinom liegen mehrere sichere Beobachtungen aus neuerer Zeit vor.

Es lässt sich dieses häufigere Vorkommen auch gut mit der eingangs angeführten Hypothese vereinigen, nach der langedauernde Infiltrations-

prozesse, dadurch, dass sie eine Störung des Gleichgewichtes zwischen Epithel und Bindegewebe hervorrufen, die Vorbedingung zur Krebsbildung schaffen.

Ich lasse zum Schlusse von den hierher gehörigen Mitteilungen die prägnantesten folgen:

1. Fall von v. Langenbeck. Archiv f. Chir. Bd. 26.

Bei einem 30jährigen Manne, der längere Zeit an verschiedenen Formen der konstitutionellen Lues gelitten hatte, und bei dem Anschwellung der Lymphdrüsen am Halse und gummöse Glossitis noch bestand, entwickelte sich eine harte Geschwulst in der Zunge. In der Voraussetzung, dass ein Gumma vorliege, wurde eine Injunktionskur eingeleitet. Diese, wie auch grosse Dosen Jodkali blieben erfolglos. Die ganze Zunge wurde von der Induration ergriffen und es entstand nun ein Geschwür mit buchtigem Grunde und harten Rändern, welches sich schnell vergrösserte und den Mundboden mit ergriff. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass es ein Carcinom sei. Der Kranke ging nach vierwöchentlichem Aufenthalt in der Klinik an Inanition zu Grunde.

2. Fall von v. Langenbeck. eodem.

N. wurde 1857 luetisch infiziert. Die auftretenden Symptome besserten sich nach Gebrauch von Jodkali. 1864 traten Erscheinungen an der

Zunge auf. Diese nahm ein rissiges Ansehen an, war etwas geschwollen und zeigte kleine, schmerzhafte Geschwüre an den Rändern. Ausserdem traten platte Condylome an den Mundwinkeln auf. Hiergegen in Anwendung gezogene Schwefelquellen besserten die Affektion, ohne sie ganz zum Schwinden zu bringen. 1879 traten heftige Schmerzen in dem Mund und in den Ohren auf. Der Befund war nun folgender: Die Zunge ist geschwollen, von rissigem Aussehen mit festhaftendem, gelblich-weissem Belag. Mehrere harte Stellen sind am Rücken der Zunge durchzufühlen. Unter der Zunge befindet sich ein grosses, mit callösen Rändern umgebenes empfindliches Geschwür. An den Seiten des Halses sind einzelne empfindliche Lymphdrüsen. Auf Brust und Rücken besteht eine Ekthymaeruption. Eine antiluetische Kur beseitigte die Hautaffektion völlig. Die Zunge verlor ihren filzigen Belag und ihr rissiges Aussehen. Das Geschwür unter der Zunge hatte dagegen an Umfang zugenommen, von demselben ausgehend erstreckte sich eine Härte bis zur Mitte der rechten Zungenhälfte. Das Geschwür war ausserordentlich empfindlich gegen Berührung. Die Ernährung sehr erschwert. Die mikroskopische Untersuchung eines vom Rande des Geschwürs entnommenen Stückes ergab Epithelialcarcinom.

3. Fall von Lang; (Vorles. über Syphilis 1884—1886.)

Ein 46 Jahre alter, schlecht genährter Mann, welcher 20 Jahre vorher einen harten Schanker acquirirt hatte, zeigte in seinem Gesicht eine Reihe von schmerzhaften Geschwüren, welche teils der linken Wangengegend, teils dem linken Nasenflügel angehörten. Die Geschwüre hatten nur einen schmalen Infiltrationsrand, der, scharf zugeschnitten, die teils speckig belegte, teils gerötete Geschwürsbasis umsäumte.

Gegen diese Affektionen wurde eine Injunktionskur angeordnet, die Geschwüre selbst mit Empl. ciner bedeckt. Bei dieser Behandlung kamen sämtliche Geschwüre zur Abheilung, mit Ausnahme eines einzigen, welches sich stetig in die Umgebung verbreitete. Der Grund war rot, zart granuliert, der schmale Rand hart infiltriert.

Die Diagnose wurde gestellt auf Umwandlung eines Gummageschwüres in Flächenkrebs.

Der mikroskopische Befund bestätigte die Diagnose. Es wurden deutliche Carcinombilder neben gummös infiltrirten Partien beobachtet.

Zum Schlusse erlaube ich mir, meinem hochverehrten Lehrer, dem Herrn Hofrat Professor Dr. Schönborn für die gütige Ueberlassung des Materials meinen wärmsten Dank auszusprechen.

